

Artigo original

Adversidade na infância, características psicológicas e problemas de saúde física: comparação entre obesos e não obesos

Adverse childhood experiences, psychological characteristics and physical health problems: comparison among obese and non-obese

SUSANA SOFIA PEREIRA DA SILVA¹, ÂNGELA DA COSTA MAIA²

¹ Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/37069/2007), Centro de Investigação em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.

² Centro de Investigação em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.

Recebido: 22/12/2010 – Aceito: 11/4/2011

Resumo

Introdução: A literatura é unânime sobre a elevada morbilidade e mortalidade associada à obesidade, mas pouco consistente no que se refere às características psicológicas dos obesos. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é caracterizar as experiências de vida e os problemas de saúde física e mental de um grupo de obesos e compará-los com sujeitos não obesos. **Método:** Oitenta e um obesos e cem não obesos foram avaliados quanto às experiências adversas na infância, psicopatologia geral, dimensões de personalidade, estilos de *coping* e problemas e queixas de saúde. **Resultados:** As experiências de abuso emocional e de negligência são frequentemente relatadas, mas algumas experiências de adversidade na infância são pouco relatadas pelos obesos e não obesos. Os obesos relatam mais queixas, problemas de saúde física e menos *coping*, mas os não obesos apresentam valores médios de psicopatologia superiores. Nas dimensões de personalidade, não se verifica qualquer diferença entre os grupos. A psicopatologia geral, as estratégias de *coping*, as queixas de saúde e os problemas de saúde distinguem obesos de não obesos. **Conclusão:** Contrariamente ao que sugerem alguns estudos, os obesos não relatam mais adversidade e relatam menos psicopatologia geral do que os não obesos. No entanto, apresentam mais queixas e problemas de saúde e usam estratégias de *coping* de forma diferente.

Silva SSP, Maia AC / Rev Psiq Clín. 2011;38(5):194-200

Palavras-chave: Adversidade, cirurgia bariátrica, funcionamento atual, obesidade, psicopatologia.

Abstract

Background: The literature is unanimous about the high morbidity and mortality associated with obesity, but little consistency with regard to the psychological characteristics of obese. **Objective:** This study tries to characterize the life experiences and problems of physical and mental health in a group of obese, and compare them with non-obese subjects. **Method:** Eighty-one obese and one hundred non-obese subjects were evaluated regarding adverse experiences in childhood, general psychopathology, personality dimensions, coping styles, health problems and health complaints. **Results:** The experiences of emotional abuse and neglect are reported frequently, but some adverse childhood experiences are not reported by obese and non-obese, and obese report more substance abuse in the family, while non-obese report more mental illness or suicide. Obese people report more complaints and health problems, but non-obese, have more general psychopathology. Moreover obese use less coping strategies while in the dimensions of personality there is no difference between groups. The general psychopathology, coping strategies, health complaints and health problems have a discriminant function of the obese and non-obese patients, and health complaints are the most important factor contributing to this distinction. **Discussion:** Contrary to what some studies suggest, the obese did not report more adversity and reported less general psychopathology than non-obese. However, obese report more complaints and health problems and use coping strategies differently.

Silva SSP, Maia AC / Rev Psiq Clín. 2011;38(5):194-200

Keywords: Adversity, bariatric surgery, current functioning, obesity, psychopathology.

Introdução

A obesidade é uma doença crônica em que o excesso de gordura acumulada, com muitos anos de evolução, prejudica gravemente a saúde e a qualidade de vida, contribuindo para elevada morbilidade e mortalidade. Essa patologia, que se constitui como um dos principais indicadores de má nutrição no mundo ocidental, surge muitas vezes associada à incapacidade física e social ou a problemas graves de saúde, tais como diabetes, doenças cardiovasculares, asma, cancro e problemas osteoarticulares, que reduzem significativamente a qualidade de vida^{1,2}.

Nos últimos anos, tem-se assistido a uma proliferação dessa doença em nível mundial, e Portugal não é exceção. Em 2008, a Direção Geral de Saúde estimou que 15% da população portuguesa era obesa. Ao analisar a evolução dessa problemática, verificamos que a prevalência da obesidade mórbida na idade adulta tem aumentado de forma assustadora nos últimos anos³, o que representa um conjunto de riscos agravados para a saúde, de mortalidade precoce e de custos económicos, estimando-se que 3,5% dos custos com a

saúde dos portugueses sejam dedicados ao tratamento da obesidade e comorbilidades associadas.

Dada a sua etiologia multifatorial, a investigação tem apontado para a necessidade de utilizar abordagem multidisciplinar que permita conhecer melhor essa realidade. De acordo com Lanthaler *et al.*¹, só com o contributo das diversas áreas será possível intervir e prevenir, de acordo com as necessidades específicas daquela que é a segunda causa de morte modificável no mundo.

A investigação realizada ao longo dos últimos anos tem sugerido que a vivência de experiências adversas na infância pode ser um potencial fator de risco para a obesidade^{3,4}. Mais especificamente, os resultados indicam que os sujeitos que relatam quatro ou mais experiências de adversidade na infância apresentam risco aumentado de dois pontos para o desenvolvimento da obesidade mórbida⁵. Entre as experiências adversas, a associação entre o ambiente familiar disfuncional e as patologias alimentares tem recebido particular atenção, nomeadamente menor expressividade emocional⁶ e conflitos e inconsistência afetiva⁷. No que se refere ao abuso sexual na infância, a literatura aponta essa experiência como um dos fatores que pode

contribuir para risco aumentado para obesidade, tendo esse tipo de abuso sido descrito como frequente em sujeitos com obesidade ou perturbações alimentares⁶. Por exemplo, um estudo prospectivo realizado por Noll *et al.*⁷ verificou que as jovens adultas que foram abusadas sexualmente têm maior probabilidade de serem adultas obesas (42,25%) quando comparadas com mulheres não abusadas (28,4%), o que significa o dobro do risco entre as abusadas.

Também os estudos baseados na comunidade têm apontado para elevado relato de experiências de abuso físico ou sexual em mulheres obesas. Um exemplo desses estudos foi publicado recentemente por Anda⁵, que verificou que 27% das mulheres obesas relatavam abuso físico ou sexual. Também Fuemmeler *et al.*⁶ verificaram que os jovens adultos do sexo masculino com história de abuso sexual na infância apresentam risco aumentado para o excesso de peso e obesidade, enquanto as mulheres com história de abuso sexual ou físico na infância relatam mais problemas alimentares e história de perturbação alimentar do que as não abusadas. Outro estudo com uma população inglesa mostrou que os sujeitos que relatam adversidade na infância apresentam mais obesidade na idade adulta, mesmo quando os fatores socioeconômicos e do estado de saúde são controlados estatisticamente⁸.

Há várias explicações para a relação encontrada entre adversidade na infância e a obesidade, nomeadamente o fato de as experiências negativas poderem exacerbar os riscos sociais que estão associados ao desenvolvimento e manutenção da obesidade, como depressão, distúrbios da imagem corporal, dificuldades interpessoais, baixa autoestima e desenvolvimento de compulsão alimentar. Essas são algumas das condições psicossociais que têm sido consideradas sequelas dos abusos. Por outro lado, Rodin⁹ tinha sugerido que a obesidade pode ter uma função defensiva contra novos abusos sexuais, desempenhando um papel adaptativo para as vítimas.

Outra explicação sugere que os sujeitos que experienciam estressores que são percebidos como de difícil controle, como ser vítima de abuso na infância, têm mais probabilidade de usar estratégias de *coping* focado nas emoções¹⁰. Esse estilo de *coping* pretende reduzir os sentimentos de *distress*, diferindo das estratégias centradas no problema, que têm como principal objetivo eliminar os estressores⁸. Um tipo de *coping* centrado nas emoções é a utilização da comida para se autoacalmar, para ajudar a lidar com as emoções negativas, para aumentar a autoestima, para produzir sensações de prazer e bem-estar⁹ ou para diminuir a atenção atribuída a estímulos ameaçadores e pouco controláveis com atividades menos aversivas, mais físicas e proximais¹¹.

As estratégias de *coping* referem-se aos esforços cognitivos e comportamentais que as pessoas utilizam para controlar, tolerar, reduzir ou minimizar as exigências internas e externas que são avaliadas como superiores aos recursos do sujeito¹². Alguns autores defendem que a ingestão alimentar compulsiva pode ser uma estratégia para lidar com a emocionalidade negativa, nomeadamente, como referimos, para lidar com a história prévia de adversidade, na medida em que seria uma forma de focar a atenção em sensações imediatas e assim tirar a atenção do próprio sujeito dos sentimentos negativos que está experienciando. Além disso, sabe-se que o ato de comer está associado a sensações de bem-estar e prazer¹¹.

A utilização de estratégias de *coping* menos adequadas pode ser explicada, segundo Rydén¹⁰, por fatores cognitivos. Segundo esse autor, para a maioria dos obesos, o problema de peso é interno, estável e global. O fracasso em evitar a obesidade relaciona-se com o indivíduo, ou seja, é interno; essa incapacidade afeta todas as áreas de vida, ou seja, é global; e como o sujeito é obeso há décadas, a condição parece ser permanente, isto é, estável. Assim sendo, e de acordo com a teoria do desânimo aprendido, as atribuições internas, globais e estáveis levam os sujeitos a terem menos probabilidade de usar estratégias ativas para resolver os problemas. Esse mecanismo explica as dificuldades que os obesos sentem em mudar e, ainda que usem, pontualmente, estratégias que poderiam potenciar a mudança, por serem de caráter mais proativo, quando percebem a situação como imutável (ser obeso), a dissonância entre a realidade e a fantasia aumenta o estresse, reforçando as crenças anteriores.

Um estudo que pode ilustrar esse fato foi realizado por Silva¹³, que verificou que um em cada quatro obesos relata “comer” como estratégia para lidar com os problemas e que as estratégias de *coping* ativo são pouco frequentes nessa população. Esse dado está de acordo com a ideia proposta por Felitti *et al.*³, de que os comportamentos de adição, como comer em excesso, são formas que o sujeito encontra para diminuir o sofrimento.

Para além do estilo de *coping*, têm sido estudadas outras características e condições dos obesos, nomeadamente a psicopatologia e as características de personalidade.

A psicopatologia tem sido alvo de vários estudos, e alguns autores discutem se essa dimensão será causa ou consequência da obesidade¹⁴. Embora haja estudos que afirmem que a obesidade está associada a uma elevada prevalência de comorbilidades psiquiátricas, como as perturbações alimentares, as perturbações de humor ou de ansiedade, e outros que tenham associado a obesidade a alguns padrões de personalidade, nomeadamente neuroticismo^{15,16}, os dados apresentados pela literatura são pouco consensuais. Por um lado, alguma investigação tem mostrado que a psicopatologia não é mais frequente nos obesos do que na população não obesa¹⁷, embora outros encontrem o contrário. Por exemplo, um estudo realizado por Spitzer *et al.*¹⁸, baseado na população, verificou que mulheres com excesso de peso ou obesas apresentam mais perturbação depressiva *major* e mais tentativas de suicídio.

Quando os participantes são obesos candidatos à cirurgia bariátrica, vários estudos apontam para índices de psicopatologia mais elevados, sugerindo que os obesos que procuram tratamento apresentam mais psicopatologia do que os obesos da população geral^{19,20}. Os resultados do *Swedish Obese Subjects Study*²¹ apontam para o fato de os sujeitos com obesidade mórbida apresentarem risco superior para funcionamento mental mais deficitário do que aqueles que apresentam obesidade moderada, sendo os primeiros mais submetidos à cirurgia. Silva¹³ realizou um estudo com obesos candidatos à cirurgia bariátrica, verificando que nessa população a prevalência de valores clínicos de psicopatologia é de 59%. Assim, apesar das contradições entre os diferentes estudos, parece que pelo menos os sujeitos obesos que procuram tratamento cirúrgico têm mais psicopatologia do que os obesos da população geral ou dos sujeitos não obesos. No entanto, não se pode descuidar que a relação que a psicopatologia estabelece com a obesidade, quando essa relação é encontrada, é interpretada por alguns autores como causa, enquanto outros sugerem que é consequência e outros assumem que não se pode estabelecer relação de causalidade em nenhum dos sentidos¹⁴.

No que concerne às dimensões de personalidade, vários estudos encontraram poucas ou nenhuma diferença entre a população obesa e a população não obesa. Wadden e Stunkard²² afirmam mesmo que as crenças vigentes em alguns contextos, de que os obesos têm estilos diferentes de personalidade, não têm fundamento na literatura e defendem que esses estilos de personalidade são tão diversos nos obesos como nos não obesos.

Em suma, os resultados de diversos estudos são pouco consensuais quer no que se refere à psicopatologia geral, quer quanto às características de personalidade e às estratégias de *coping*^{11,14,23}. Mais consistente, quando se considera a relação entre obesidade e funcionamento atual, é a literatura sobre problemas e queixas de saúde nessa população. Os sujeitos obesos apresentam risco aumentado para condições médicas como doença cardíaca, diabetes, problemas respiratórios, apneia de sono, problemas articulares, cancro e morte prematura²⁴. De forma não surpreendente, o excesso de peso tem sido considerado o principal fator de risco metabólico para os problemas cardíacos, para o aumento de casos de hipertensão e hiperglicemia e para o aumento do colesterol de baixa densidade lipoproteica e dos triglicéridos^{25,26}.

A investigação tem mostrado que existe uma forte relação entre a severidade e a duração da obesidade e a presença da diabetes tipo II, uma vez que a patogênese da diabetes está relacionada com a resistência à insulina causada pela obesidade, sendo essa resistência maior à medida que o peso aumenta²⁵.

Atendendo à falta de consenso dos diferentes estudos no que diz respeito às diferenças entre sujeitos obesos e não obesos, este estudo procura comparar esses dois grupos no que se refere às experiências adversas vividas na infância, aos sintomas de psicopatologia geral e características de personalidade e, ainda, estilos de *coping*. Finalmente, compara os problemas e queixas de saúde física.

Apesar de os diferentes autores sugerirem uma associação entre experiências abusivas e obesidade, os estudos realizados com obesos centram-se normalmente em dois tipos de experiências adversas na infância, o abuso físico e o abuso sexual. Essas experiências contra o sujeito ocorrem frequentemente em ambientes familiares disfuncionais, deixando o sujeito mais exposto a diversas formas de ambiente inadequado^{3,13,27}. Nesse sentido, neste estudo optamos por fazer uma caracterização mais completa das experiências adversas vividas na infância.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 81 participantes obesos selecionados para realizar cirurgia bariátrica e 100 participantes não obesos, com nível socioeconômico equivalente. Na tabela 1, são apresentadas as principais características sociodemográficas dos participantes, salientando-se que nenhum dos sujeitos tem história de baixa ou internamento psiquiátrico nem de tentativa de suicídio prévia. Podemos observar que os grupos não diferem entre si nas principais características sociodemográficas, exceto na variável peso, em que as diferenças são estatisticamente significativas.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variável	Obesos X̄ (DP)	Não obesos X̄ (DP)	Teste de diferenças
Idade	40,1 (11,1)	41,35 (8,6)	$t(179) = ,87, p = ,381$
Peso atual	100,43 kg (13,6)	61,5 kg (8,8)	$t(179) = -23,3, p = ,000$
Sexo	N (%)	N (%)	$\chi^2 = ,024, p = ,876$
Feminino	74 (91)	92 (92)	
Masculino	7 (9)	8 (8)	
Estado civil			$\chi^2 = 4,75, p = ,191$
Solteiro	12 (15)	20 (20)	
Casado	56 (69)	60 (60)	
União de fato	8 (10)	10 (10)	
Separado/ divorciado	5 (6)	10 (10)	
Escolaridade			$\chi^2 = 2,57, p = ,277$
1º ciclo	18 (22)	33 (33)	
2º e 3º ciclo	44 (55)	47 (47)	
Secundário e universidade	19 (23)	20 (20)	
Estatuto profissional			$\chi^2 = 2,75, p = ,432$
Tempo inteiro	54 (67)	62 (62)	
Part-time	5 (6)	9 (9)	
Desempregado	17 (21)	21 (21)	
Reformado	5 (6)	8 (8)	

Instrumentos

Neste estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário da História de Adversidade na Infância²⁷⁻³², Inventário Breve de Sintomas (BSI)^{36,37}, NEO – Five Factor Inventory³⁸, Ways of Coping Questionnaire^{39,40}, Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)^{41,42} e Questionário de Saúde⁴³.

Procedimento

As amostras foram recolhidas usando um método de conveniência, e toda a investigação respeitou os procedimentos éticos e de confidencialidade dos dados.

Os dados dos sujeitos obesos foram recolhidos numa Consulta de Avaliação Multidisciplinar do Tratamento da Obesidade do Norte

de Portugal, tendo sido avaliados todos os pacientes que iam realizar cirurgia bariátrica (gastrobandoplastia ou *sleeve*) desde janeiro de 2008 a julho de 2010. Os sujeitos foram avaliados depois de obtidos a autorização da instituição e o respectivo consentimento informado de cada um dos participantes. As avaliações decorreram no mês anterior à realização da cirurgia.

Os dados dos sujeitos não obesos, que se pretendia que fossem equivalentes em termos sociodemográficos, foram recolhidos numa consulta de medicina familiar de rotina nos Centros de Saúde e Centros de Desenvolvimento de Competências para Adultos (organismos públicos ou privados que pretendem certificar escolar e profissionalmente ativos e/ou desempregados) da região Norte de Portugal, tendo sido realizada de dezembro de 2008 a janeiro de 2010. O único critério de exclusão utilizado foi a presença de obesidade (IMC ≥ 30).

Para a análise dos dados, foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. Para a análise descritiva, foram utilizados os parâmetros da estatística descritiva, adotando-se as medidas usuais de tendência central (média, mediana e moda) e de dispersão (amplitude, variância, desvio-padrão e coeficiente de variação) e cálculos de frequências simples e relativas. Para as frequências das variáveis categóricas, foi usado o teste do qui-quadrado. No sentido de permitir a comparação entre grupos, foram realizados testes de diferenças para as principais características sociodemográficas. Como os pressupostos da distribuição normal não estavam cumpridos, optou-se pela estatística não paramétrica. No sentido de perceber se existe relação entre as diferentes variáveis, foram realizados testes de correlação de Spearman. Para averiguar as diferenças entre os grupos nas diferentes dimensões do funcionamento atual, foi realizado o teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes. Para comparar os dados relativos à psicopatologia dos nossos sujeitos com a população da comunidade (dados da adaptação portuguesa), foram realizados testes t para uma amostra. Foram utilizados o qui-quadrado e a regressão logística no sentido de averiguar a relação entre a presença de adversidade e a pertença a cada um dos grupos. No sentido de compreender se os problemas de saúde física e mental prediziam a pertença a cada um dos grupos, foi realizado um teste de análise discriminante⁴⁴. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

Experiências de adversidade na infância

No que se refere ao relato das experiências de adversidade na infância, descritas na tabela 2, podemos observar que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no relato da presença de abuso de substâncias no ambiente familiar e na presença de doença mental ou suicídio. Os obesos relatam mais a presença de abuso de substâncias no ambiente familiar, enquanto os não obesos relatam maior presença de doença mental ou suicídio na família.

Tabela 2. Estatística descritiva das categorias de adversidade (dicotomizadas) para cada um dos grupos e comparação entre os grupos

Experiência de adversidade	Obesos N (%)	Não obesos N (%)	Obesos vs. não obesos (χ^2)
Abuso emocional	14 (17)	11 (11)	1,484. <i>ns</i>
Abuso físico	12 (15)	12 (12)	,177. <i>ns</i>
Abuso sexual	11 (13)	11 (11)	,279. <i>ns</i>
Negligência física	25 (31)	29 (29)	,074. <i>ns</i>
Negligência emocional	22 (27)	29 (29)	,075. <i>ns</i>
Exposição à violência doméstica	6 (7)	7 (7)	,017. <i>ns</i>
Abuso de substâncias no ambiente familiar	23 (28)	18 (18)	2,525**
Divórcio/separação parental	5 (6)	5 (5)	1,07. <i>ns</i>
Prisão de um membro da família	3 (4)	1 (1)	--
Doença mental ou suicídio	11 (14)	25 (25)	3,66**

** $p < ,01$; *ns*: não significativo.

No que respeita à adversidade total, no caso dos obesos, cerca de 67% ($n = 54$, $= 1,7$, $DP = 1,6$, $min = 0$, $máx = 6$) relatam pelo menos uma experiência de adversidade e 17% ($n = 13$) relatam pelo menos quatro experiências. No caso dos não obesos, 30% ($n = 30$, $= 1,4$, $DP = 1,3$, $min = 0$, $máx = 5$) relatam pelo menos uma experiência de adversidade e 12% ($n = 12$) relatam pelo menos quatro. Não existem diferenças estatisticamente significativas quando se considera o total de experiências adversas ($U = 3568$, $p = ,632$, e os obesos apresentam uma ordem média de 88,9 e os não obesos, de 85,37). No entanto, verificamos que existe uma associação significativa entre o relatar ou não experiências de adversidade e o fato de ser ou não obeso [$X^2(1) = 72,555$, $p = ,000$], e o aumento de um ponto no relato da adversidade total está associado a um risco aumentado de 2,2 para ser obeso.

Psicopatologia geral

Relativamente à psicopatologia geral (Tabela 3), podemos observar que os não obesos apresentam valores médios superiores para todas as escalas e índice geral de sintomas, exceto para as escalas de psicoticismo e obsessão-compulsão, que são superiores no caso dos obesos. A análise das diferenças entre os obesos e não obesos revela que estas são estatisticamente significativas para o índice geral de sintomas (psicopatologia geral), ideação paranoide, ansiedade fóbica, hostilidade, ansiedade e depressão, e os valores são inferiores para os obesos. Ao comparar os obesos com os sujeitos da comunidade que serviram para a adaptação portuguesa do instrumento, constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas no índice geral de sintomas, ideação paranoide, ansiedade, depressão, obsessão-compulsão e sensibilidade interpessoal, e os valores médios dos sujeitos obesos são inferiores aos dos sujeitos da comunidade. Em relação aos não obesos, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas no índice de sintomas positivos, e nas escalas de somatização, ideação paranoide e ansiedade fóbica, e os não obesos apresentam valores médios superiores aos da comunidade. Observamos também diferenças estatisticamente significativas para a escala obsessão-compulsão, e neste caso os sujeitos não obesos apresentam valores médios inferiores aos da comunidade.

Personalidade

Relativamente às cinco dimensões de personalidade avaliadas, os obesos apresentam valores médios de 23,75 ($DP = 5,9$) para a dimensão de abertura à experiência, 23,82 ($DP = 10,2$) para a de conscienciosidade, 23,34 ($DP = 7$) para a de extroversão, 25,6 ($DP = 9,1$) para a de amabilidade e 23,76 ($DP = 7,5$) para a de neuroticismo. Por sua vez, os não obesos apresentam valores médios de 25,7 ($DP = 5,9$) para a dimensão de abertura à experiência, 29,3 ($DP = 7,8$) para a de conscienciosidade, 25,3 ($DP = 4,6$) para a de extroversão, 26,7 ($DP = 1,2$) para a de amabilidade e 20,2 ($DP = 6,8$) para a de neuroticismo.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em qualquer uma das dimensões da personalidade.

Coping

Relativamente às estratégias usadas quando confrontados com algum problema, os obesos relatam, em média, a utilização de 11 ($DP = 9$, $moda = 5$) estratégias, enquanto os não obesos relatam, em média, a utilização de 18 ($DP = 9$, $moda = 17$) estratégias de coping em 44 possíveis.

As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ($U = 2243$, $p = ,000$), e os obesos apresentam uma ordem média de 68,13 e os não obesos de 105,07.

Problemas e queixas de saúde

Relativamente aos problemas de saúde, 68% ($n = 59$, $= 1,4$, $DP = 1,3$, $min = 0$, $máx = 11$) dos sujeitos obesos relatam a presença de pelo menos um problema de saúde, sendo os problemas mais frequentemente relatados: hipertensão (48%, $n = 60$), diabetes (20%, $n = 25$), doença da tireoide (14%, $n = 17$), apneia de sono (12%, $n = 15$) e litíase vesicular (12%, $n = 15$). A grande maioria dos sujeitos não obesos não relata qualquer tipo de problema de saúde ($n = 56$, 56%, $x = ,94$, $DP = 1,3$, $min = 0$, $máx = 11$), e das doenças relatadas, as mais frequentes são a litíase vesicular ($n = 25$, 25%) e as doenças de pele ($n = 20$, 20%).

Quando se considera a totalidade dos problemas de saúde, as diferenças entre os obesos e não obesos são estatisticamente significativas ($U = 3023$, $p = ,004$), e os obesos apresentam uma ordem média de 101,71 e os não obesos de 80,54.

Relativamente às queixas de saúde, medidas pelo RSCL, os obesos apresentam média de 12,7 ($DP = 7,14$, $moda = 10$, $min = 0$, $máx = 33$) e os não obesos relatam, em média, 3,5 ($DP = 3$, $moda = 0$, $min = 0$, $máx = 10$). No cômputo geral das queixas de saúde, as diferenças entre os obesos e não obesos são altamente significativas ($U = 637,5$, $p = ,000$), e os obesos apresentam uma ordem média de 111,13 e os não obesos de 47,67.

No sentido de compreender qual a relação entre as diferentes variáveis em estudo, quer para o grupo de obesos, quer para os não obesos, realizamos testes de correlação de Spearman. Observamos que nos obesos existe correlação significativa e negativa entre peso e idade. Verificamos uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre peso e queixas de saúde e entre psicopatologia geral, as queixas de saúde, os problemas de saúde e o neuroticismo.

No caso dos sujeitos não obesos, verificamos que existe relação positiva e estatisticamente significativa entre o neuroticismo e a adversidade total, problemas de saúde, queixas de saúde e psicopatologia geral e negativa com coping geral. Outras correlações significativas ocorrem entre índice geral de sintomas, problemas e queixas de saúde.

Tabela 3. Estatística descritiva para as escalas do BSI, comparação entre grupos e com os dados de uma amostra da comunidade

Psicopatologia (BSI)	Obesos \bar{X} (%)	Não obesos \bar{X} (%)	Comparação entre grupos		
			Ob vs. Não Ob U Mann-Whitney	Ob/comunidade t-test	Não ob/ Com. t-test
Psicopatologia geral	,71 (.61)	,85 (.62)	3442,5*	-1,814*	,212. ns
Somatização	,73 (.86)	,74 (.66)	3661. ns	1,653. ns	2,61**
Ideação paranoide	,75 (.81)	1,2 (.67)	2227 ***	-3,49**	2,66**
Psicoticismo	,74 (.72)	,68 (.75)	3735. ns	,842. ns	,11. ns
Ansiedade fóbica	,39 (.58)	,57 (.70)	3299**	-,426. ns	2,09*
Hostilidade	,80 (.84)	,86 (.55)	3466*	,92. ns	-,58. ns
Ansiedade	,57 (.56)	,89 (.64)	2758***	-5,977***	-,81. ns
Depressão	,64 (.68)	,85 (.78)	3368,5**	-4,017***	-1,21. ns
Obsessão-compulsão	1,0 (.82)	,91 (.80)	3699,5. ns	-2,971**	-4,71***
Sensibilidade interpessoal	,57 (.72)	,96 (.78)	2764,5***	-4,746***	,0. ns

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$; ns: não significativo; Ob: obesos; Não Ob: não obesos; Com: comunidade.

No caso dos sujeitos obesos, no sentido de perceber qual a variação das queixas físicas atuais que são explicadas pelo peso, realizamos uma análise de regressão linear, tendo obtido um modelo significativo em que o peso explica 32% da variância das queixas físicas atuais ($F = 9,14$, $p = ,003$).

Para avaliar a importância da psicopatologia, queixas de saúde, problemas de saúde e *coping*, como variáveis descritoras da pertença a cada um dos grupos (obesos e não obesos), utilizamos a função discriminante. Verificamos que todas as características contribuem de forma significativa para essa função discriminativa ($Wilks's\ lambda = ,475$, $p = ,000$) e a psicopatologia geral (coeficiente da função discriminativa $-,495$) e o *coping* (coeficiente da função discriminativa $-,332$) contribuem para o grupo dos não obesos, enquanto as queixas de saúde (coeficiente da função discriminativa $,916$) e os problemas de saúde (coeficiente da função discriminativa $,710$), para dos obesos. No nosso estudo, a variável que mais contribui para a função discriminante do grupo de pertença são as queixas de saúde (coeficiente de correlação discriminante canônica $,799$)⁴⁵. Utilizou-se essa análise, ainda, para definir a percentagem de participantes corretamente classificados por grupo, e 98% dos sujeitos estavam corretamente classificados.

Discussão

Os resultados sugerem que os obesos relatam mais problemas e queixas de saúde e utilizam poucas estratégias de *coping*, mas não apresentam psicopatologia geral. Além disso, os obesos diferem dos não obesos no que concerne ao funcionamento atual, nomeadamente psicopatologia geral, características de personalidade, estratégias de *coping*, problemas e queixas de saúde, mas não no que se reporta às características de *coping*.

No que se refere à presença das diversas experiências de adversidade nos nossos participantes, verifica-se que algumas dessas experiências são pouco relatadas em ambos os grupos.

De acordo com os dados da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, os abusos mais frequentes em Portugal são abuso físico e abuso emocional⁴⁶. No entanto, nos nossos grupos, esse tipo de experiência não foi o mais relatado. No que concerne ao abuso sexual, a sua prevalência tem sido muito difícil de quantificar, resultando numa grande disparidade entre os dados obtidos pelos diferentes autores⁴⁷. No nosso estudo, verificou-se baixa prevalência de relato de abuso físico, sexual, violência doméstica, divórcio ou separação parental. Quando comparamos os nossos resultados com estudos norte-americanos⁵, verificamos que os valores obtidos neste estudo são claramente superiores no que se reporta ao relato de abuso emocional e de experiências de negligência, física ou emocional⁵.

Quando comparamos os grupos entre si, verificamos que apenas existem diferenças no relato de abuso de substâncias no ambiente familiar, e os obesos apresentam valores superiores, e na presença de doença mental ou suicídio, mais relatado pelos sujeitos não obesos. Essa diferença entre os grupos pode ser explicada pelo fato de o grupo de não obesos parecer apresentar características particulares, na medida em que parecem ser pessoas em maior risco e mais vulneráveis do que a população geral, como discutiremos mais abaixo.

Atendendo aos elementos que compõem cada uma das categorias de adversidade e à sua forma de cotação convencional³, podemos verificar que cerca de 67% dos sujeitos obesos e 30% dos não obesos relatam pelo menos uma experiência de adversidade ao longo da infância e 17% dos obesos e 12% dos não obesos relatam pelo menos quatro. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos, o teste de *odds ratio* mostra que aumento de 1 ponto na adversidade total está associado a risco aumentado de 2,2 para ser obeso. Verificamos, ainda, que existem mais sujeitos obesos a relatar experiências de adversidade, parecendo existir elevada coocorrência entre os diferentes tipos de adversidades. Assim, tal como outros autores verificaram em amostras americanas, não tende a existir apenas adversidade relacionada com o sujeito, mas em todo o ambiente familiar. Ou seja, em situações de maltrato de crianças é provável que existam outros problemas relativamente à dinâmica e ao funcionamento familiar^{30,48-50}.

Relativamente à morbilidade psicológica, verificamos que os obesos relatam menos sintomas de psicopatologia geral do que os não obesos e do que a população da comunidade. Os dados da literatura acerca da psicopatologia geral em obesos são pouco consensuais. Alguns estudos apontam para a elevada prevalência de psicopatologia nessa população^{13,51}. No entanto, esses dados apontam em sentido oposto. Tal como já tinha sido sugerido por outro estudo realizado na Europa com 5.817 pessoas, que verificou que os obesos apresentam menores níveis de ansiedade e depressão do que os seus pares não obesos¹⁹, os sujeitos obesos do nosso estudo apresentam valores médios de psicopatologia geral, ideação paranoide, depressão, ansiedade e obsessão-compulsão inferiores. Uma das explicações para os valores de obesos serem inferiores aos dos sujeitos da comunidade e aos sujeitos não obesos pode ser o fato de esse grupo, por ser candidato à cirurgia bariátrica, poder estar vivendo um momento de utopia e felicidade trazido pelo aproximar da cirurgia bariátrica e pela expectativa de que os seus problemas estão quase resolvidos e a partir de agora tudo será diferente^{52,53}.

O grupo de não obesos, que se pretendeu equivalente do ponto de vista do nível socioeconómico, parece ter determinadas características específicas, apresentando em algumas escalas valores de psicopatologia mais elevados do que o grupo da comunidade. O fato de se tratar de uma população com valores muito elevados de desemprego (21%, o que é próximo do que acontece com os obesos) pode ter contribuído para esse resultado.

Nas dimensões da personalidade, verificamos que não existem diferenças significativas entre obesos e não obesos, o que vai no sentido dos resultados de Wadden e Stunkard²², que também não verificaram diferenças entre esses dois grupos, e dos autores que defendem que os obesos não têm características de personalidade diferentes das características de personalidade dos não obesos.

As estratégias de *coping* são mecanismos que o indivíduo adota para lidar com as dificuldades ou adversidades que vão surgindo ao longo da vida. Como escrevemos na introdução, alguns autores³ sugerem que os comportamentos de adição (comer em excesso, beber, fumar ou consumir drogas) são formas que o sujeito encontra de diminuir o sofrimento associado aos problemas que vão surgindo no dia a dia. Essas estratégias de *coping* podem ser pouco eficazes e aumentar os problemas, mais do que os resolver. No nosso estudo verificamos que os sujeitos obesos utilizam menos estratégias de *coping* quando comparados com os não obesos. Esse fato leva-nos a concluir que os sujeitos obesos poderão não adotar estratégias que permitam a resolução de problemas de forma eficaz, ou porque não as aprenderam, ou porque estão demasiado "emaranhados" na situação problemática³. Por outro lado, não podemos esquecer que, nesse caso, a ingestão dos alimentos pode funcionar como uma estratégia de *coping* para lidar com alguma emocionalidade negativa⁵⁴.

Já no que se refere à morbilidade física, a literatura tem apontado para um acréscimo de queixas e problemas de saúde física em sujeitos obesos, nomeadamente no que concerne a problemas cardíacos, diabetes, apneia de sono e problemas ortopédicos²⁵. No nosso estudo verificamos que existe grande prevalência de determinadas condições médicas, muitas vezes associadas à obesidade e à elevada morbilidade e mortalidade dessa patologia. Assim, quando comparamos os nossos resultados com os da população geral, verificamos que, no grupo de obesos, a prevalência da hipertensão é mais do dobro, 48% nos obesos e 19,8% nos não obesos, enquanto o diabetes tipo II é quase três vezes superior (20% nos obesos e 7% na população geral). Relativamente à apneia do sono, apesar de não existirem dados para a população portuguesa, estima-se que no mundo ocidental esse valor oscile entre 2% e 4%⁵⁵, enquanto no grupo de obesos encontramos 12%. Verificamos que os obesos relatam mais problemas de saúde, e as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas. Esses resultados vão de encontro aos dados da literatura que associam a obesidade a outros problemas e queixas de saúde física⁵. Além disso, a análise de regressão linear mostra que, para os obesos, o peso explica 32% da variância das queixas físicas atuais.

O nosso estudo permite concluir que a psicopatologia geral, as estratégias de *coping* utilizadas, as queixas de saúde e os problemas de

saúde têm uma função discriminante no grupo de pertença (obesos vs. não obesos), sendo que a psicopatologia e as estratégias de *coping* têm um contributo mais significativo para o grupo dos não obesos, enquanto as queixas de saúde e os problemas de saúde para os obesos. Uma das limitações do nosso estudo prende-se com o fato de as experiências de adversidade na infância serem avaliadas retrospectivamente por meio de instrumentos de autorrelato, e a prevalência de adversidade relatada pode estar sendo influenciada por erros de reminiscência e viés de evocação^{56,57}. Na verdade, estudos recentes⁵⁸ mostram que parte significativa dos sujeitos que foram identificados na infância como vítimas de experiências não relatam, no início da idade adulta, uma parte significativa dessas experiências.

Este estudo pretendeu averiguar as diferenças entre dois grupos distintos: obesos e não obesos. Nesse sentido, e apesar de os grupos não apresentarem diferenças quanto à caracterização sociodemográfica, o grupo de não obesos parece possuir características particulares que os distingue da população geral, nomeadamente no que concerne à psicopatologia. Esse resultado pode derivar do fato de, pela necessidade de encontrar sujeitos de nível socioeconômico baixo, tal como parte dos sujeitos obesos, alguns sujeitos terem sido avaliados em Centros de Novas Oportunidades, que são frequentados por pessoas que têm história de desemprego e dificuldades socioeconômicas; essas características podem ter contribuído para os valores de psicopatologia encontrados. Por outro lado, apesar de os sujeitos não apresentarem história de baixa ou internamento psiquiátrico, a presença de diagnósticos psiquiátricos anteriores não foi avaliada em nenhum dos grupos. Assim sendo, e perante as diferenças encontradas, esse critério deve ser atendido em investigações futuras.

Apesar de termos avaliado a psicopatologia geral, seria necessário avaliar especificamente a presença de distúrbios e problemas alimentares, uma vez que estes são frequentes nos sujeitos obesos, nomeadamente quando estão em tratamento. Por outro lado, não podemos esquecer que os obesos são pessoas com características especiais na medida em que foram capazes de pedir ajuda, foram propostos para cirurgia bariátrica e vão realizá-la brevemente, pela sua adesão terapêutica, motivação e capacidade de cumprir um plano alimentar estabelecido até a data da avaliação. No futuro, importa perceber como é que esses sujeitos vão se comportar depois da cirurgia e quais serão as dificuldades, limitações e recursos que utilizarão nos desafios que vão surgindo. De igual modo, a investigação deveria tentar perceber quais são as características dos sujeitos que nunca chegam a realizar a cirurgia por não cumprirem os requisitos exigidos, bem como daqueles que nunca chegam a procurar ajuda por não terem as competências mínimas para fazê-lo.

Esses resultados têm implicações para o tratamento e prevenção de uma das principais epidemias do nosso século – a obesidade. Assim, é fundamental considerar a necessidade de elaborar uma avaliação cuidadosa dos candidatos à cirurgia bariátrica, bem como repensar a intervenção nessa população. Quanto à avaliação, é importante ter em atenção a sua história de vida, nomeadamente no que concerne à história de adversidades, bem como às principais características de funcionamento na idade adulta. No que se refere à intervenção, é fundamental promover a aprendizagem de estratégias de *coping* adequadas. O ato de comer, e comer excessivamente, pode ser conceitualizado como uma estratégia de *coping* para enfrentar os problemas e dificuldades do dia a dia, bem como uma forma de lidar com alguma emocionalidade negativa. Essa estratégia, inicialmente, pode ser concebida como eficaz para reduzir o *stress* e enfrentar os problemas de vida, mas a sua manutenção, a longo prazo, pode contribuir para o excesso de peso e para a obesidade. Assim, perante a retirada de um mecanismo disfuncional, comer excessivamente deve ser substituído pela promoção de estratégias de *coping* saudáveis e adequadas que permitam lidar com os problemas que continuam a existir no dia a dia, bem como com os desafios que surgirão resultantes do processo de tratamento da obesidade mórbida, contribuindo para o sucesso de toda a intervenção.

Agradecimentos

À Dra. Aline Fernandes, à Dra. Maria Lopes Pereira e ao Dr. Maia da Costa, membros da Equipe da Consulta de Avaliação Multidisciplinar do Tratamento Cirúrgico da Obesidade e ao Hospital de Braga pela colaboração, à Dra. Helena Pereira e à Dra. Eugénia Maciel, pelo contributo na recolha dos participantes não obesos.

Referências

1. Lanthaler M, Aigner FK, Sieb M, Cakar-Beck F, Nehoda H. Long-term results and complications following adjustable gastric banding. *Ob Surg*. 2010;20:1078-85.
2. Carmo I, Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Rev*. 2009;9:11-9.
3. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D. Relationship of childhood abuse and household dysfunctions to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;24:5-8.
4. Mamun A, Lawlor D, O'Callaghan M, Bor W, Williams G, Najman J. Does childhood sexual abuse predict young adult's BMI? A Birth Cohort Study. *Obesity*. 2007;15:2103-10.
5. Anda R. The health and social impact of growing up with. [Adverse childhood experience]. Disponível em: http://www.acestudy.org/files/Review_of_ACE_Study_with_references_summary_table_2_.pdf. Acesso em: 13 out. 2010.
6. Fuemmeler B, Dedert E, McClernon E, Beckham J. Adverse childhood events are associated with obesity and disordered eating: results from US population-based survey of young adults. *J Trauma Stress*. 2009;22:329-33.
7. Noll J, Zeller M, Trickett P, Putman F. Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: a prospective study. *Pediatrics*. 2007;120:e61-7.
8. Greenfield M, Marks N. Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: using food in response to stress as a mediator of risk. *Soc Sci Med*. 2009;68:791-8.
9. Rodin J. Cultural and psychosocial determinants of weight concerns. *Ann Int Med*. 1993;119:208-18.
10. Rydén AK. Obesity-related coping and distress and relationship to treatment preference. *Br J Clin Psychol*. 2001;40:177-88.
11. Troop A. Eating disorders as coping strategies: a critique. *Eur Eat Dis Rev*. 1998;6:229-37.
12. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. 2ª ed. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1984.
13. Silva S. Experiências adversas na infância e sintomas físicos e psicopatológicos em sujeitos com obesidade mórbida. Braga: Universidade do Minho; 2006.
14. Mitchell J, Zwaan M. *Bariatric surgery: a guide for mental health professional*. New York: Routledge; 2005.
15. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Sigrist S, Buddeberg C. Impact of psychosocial stress and symptoms on indication for bariatric surgery and outcome in morbidly obese patients. *Ob Surg*. 2004;14:361-9.
16. Segal A, Cardeal M, Corsás T. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da Obesidade. *Rev Psiq Clín*. 2002;29(2):81-9.
17. Mitchell J, Zwaan M, Howard S. *Annual review on eating disorders*. New York: Oxford; 2008.
18. Spitzer R, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Dis*. 1993;13:137-53.
19. Wadden T, Stunkard A. *Handbook of obesity treatment*. London: The Guildford Press; 2006.
20. Oliveira V, Linardi R, Azevedo A. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Rev Psiq Clín*. 2002;31(4):199-201.
21. Mittermair R, Aigner F, Obermuller S. High complication rate after Swedish adjustable gastric banding in younger patients < 25 years. *Ob Surg*. 2009;19:446-50.
22. Wadden T, Stunkard A. *Handbook of obesity treatment*. London: The Guildford Press; 2002.
23. Macias J, Leal F. Personality assessment in morbid obesity. *German J Psychiatry*. 2002;90-4.
24. Manson J, Skerrett P, Willet W. Epidemiology of health risks associated with obesity. In: Fairbairn C, Brownell K. *Eating disorders and obesity*. Londres: The Guilford Press; 2002. p. 422-8.

25. Sakcak I, Avars M, Erdem N, Hamamci E, Bostanoglu S, Sonisik M, et al. Changes in comorbid diseases in morbidly obese patients treated by laparoscopic adjustable gastric banding. *Pak J Md Sci.* 2010;26:6-10.
26. Pi-Sunyer F. Medical complications of obesity in adults. In: Fairburn CB. *Eating disorders and obesity.* Londres: The Guilford Press; 2002. p. 467-72.
27. Felitti V, Anda R, 1998 Traduzido por Silva S, Maia A, 2007. Questionário da História de Adversidade na Infância.
28. Silva S, Maia A. Experiências adversas na infância de adultos com obesidade mórbida. *Acta Med Port.* 2007;20:495-501.
29. Silva S, Maia A. Versão Portuguesa do Family ACE Questionnaire. In: Noronha CMA. *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos.* Braga: Psiquilíbrios Editora; 2007.
30. Anda R, Felitti V, Bremner J, Walker J, Whitfield C, Perry B. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256:174-86.
31. Chapman D, Whitfield C, Felitti V, Dube S, Edwards V, Anda R. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord.* 2004;82:217-25.
32. Dong M, Anda R, Dube S, Giles W, Felitti V. The relationship of exposure to childhood sexual abuse, to other forms of abuse, neglect and household dysfunction during childhood. *Child Abuse Negl.* 2003;625-39.
33. Dube S, Anda R, Felitti V, Chapman D, Williamson D, Gilles W. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan. *JAMA.* 2001;286:3089-96.
34. Correia L. Consistência do auto-relato de experiências de vida adversas, sintomatologia psicológica e física, e comportamentos de risco para a saúde em jovens sinlizados na infância. Braga: Universidade do Minho; 2010.
35. Derogatis, 1993. Adaptado por Canavarro, 1998. Inventário Breve de Sintomas.
36. Derogatis LR. *Brief Symptom Inventory: administration, scoring and procedures manual.* 3rd ed. Minneapolis, MN: National Computer System; 1993.
37. Canavarro C. *Testes e provas psicológicas em Portugal.* Braga: APPORT; 1999.
38. Costa, McCrae, 1989. Adaptado por Lima, Simões, 2000. Neo-Five Factor Inventory.
39. Coyne, Aldwin, Lazarus, 1981. Adaptado por McIntyre, McIntyre, Redondo, 1999. *Ways Coping Questionnaire.*
40. McIntyre T, McIntyre S, Araújo-Soares V, Figueiredo B. Psychophysiological and psychosocial indicators of the efficacy of a stress management program for health professionals. *Fundação Bial;* 2003.
41. Haes J, Van Knippenberg F, Neijt J. Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br J Cancer.* 1990;62:1034-8.
42. Gameiro M. *Sofrimento na doença.* Coimbra: Quarteto Editora; 1999.
43. Silva S, Maia A. *Questionário de Saúde.* 2007.
44. Field A. *Discovering statistics using SPSS.* London: Sage; 2005.
45. Bergman B. One age replacement and the total time on test concept. *Scand J Statist.* 1979;161-8.
46. APAV. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Crianças vítimas de crimes. [Online] 2009. [Cited: Outubro 13, 2010.] Disponível em: http://www.apav.pt/portal/pdf/Estatisticas_Criancasvitasdecrime_2000-2009.pdf.
47. Duarte J, Arboleda M. Sintomatologia, avaliação e tratamento do abuso sexual infantil. [Caballo V.] *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos gerais.* São Paulo; 2004. p. 293-321.
48. Anda R, Chapman D, Felitti V, Edwards V, Williamson D, Croft J. Adverse childhood experiences and risk of paternity in teen pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2002;100:37-45.
49. Felitti V. Belastungen in der kindheit und gesundheit im erwachsenealter: Die verwandlung von gold in blei. *Z Psychsom Med Psychother.* 2002;48:359-69.
50. Felitti V. Belastungen in der kindheit und gesundheit im erwachsenealter: Die verwandlung von gold in blei. *Z Psychsom Med Psychother.* 2002;48:359-69.
51. Field A, Barnoya J, Colditz G. Epidemiology and health and economic consequences of obesity. In: Wadden T, Stunkard A. *Handbook of obesity treatment.* New York: The Guildford Press; 2001. p. 3-18.
52. Van Hout G, Hadengoren C, Verschure S, et al. Psychosocial predictors of success after vertical ganded gastroplasty. *Ob Surg.* 2009;19:701-7.
53. Silva S, Maia A. Os discursos da obesidade. 14º Congresso Nacional de Obesidade. Porto; 2010.
54. Fischer S, Chen E, Katterman S, Roerhig M, Bochierrri-Riccardi L, Munoz D, et al. Emotional eating in morbidly obese bariatric surgery seekong population. *Ob Surg.* 2007;6:778-84.
55. INE. Inquérito nacional de saúde 2005-2006. Instituto Nacional de Estatística. [Online] 2009. [Cited: Outubro 13, 2010.] Disponível em: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf.
56. Didie E, Tortolani C, Pope C, Menard W, Fay C, Phillips K. Childhood abuse and neglect in body disomorphic disorder. *Child Abuse Negl.* 2006;30:1105-15.
57. Johnson J, Cohen P, Brown J. Childhood maltreatment increased risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:600-6.
58. Pinto R, Maia A. The Validity of Self-Reports on Childhood Adversity: A Comparison Study between Official Records and Self-Reports. [under review]